

補装具費支給意見書・処方箋(重度障害者用意思伝達装置)

第10号様式

氏名			生年月日	T H	S R	年	月	日	歳
住所	使用場所： <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()								
障害名			原因 傷 病 名	(疾病・外傷発生年月日： 年 月 日) ※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当 (<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない)					
身障手帳： 肢体不自由()級、音声・言語機能障害()級 【等級 種 級】									
発症から現在までの経過									
現在の 身体 状況	補装具を必要と認める理由が明確となるように記載する。 難病患者等については、身体症状等の変動状況や日動変動等についても記載する。								
	上肢機能								
	下肢機能								
	音声・ 言語機能	発声・ 発語							
		言語の 理解							
	機器操作 の状況	操作手順の理解 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 意思伝達装置に用いられる特殊なスイッチ操作 <input type="checkbox"/> 可(身体部位：) <input type="checkbox"/> 不可							
	音声による 意思伝達 の状況	<input type="checkbox"/> 家族との会話が用をなさない <input type="checkbox"/> 家族との会話が一部可能である <input type="checkbox"/> 家族との会話は可能であるが、家庭周辺において他人には殆ど用をなさない <input type="checkbox"/> 日常の会話が可能であるが不明瞭で不便がある。 <input type="checkbox"/> その他()							
	気管切開の有無及び、人工呼吸器管理の状況								
	その他(視力、視野、聴覚、小脳機能障害等の有無及び、意思伝達装置使用への影響の有無について記載してください。)								
	進行性の疾患で、急激な症状の進行により早期に意思伝達装置の導入が必要な理由等 ※症状や今後の見込みについて詳しく記載してください。								

(令和8年4月1日から適用)

